|  |
| --- |
| SPANISH - Poster |
| Encuesta de experiencia de residentes |
| Comparta su opinión sobre la atención que recibe |
| La encuesta le brinda la oportunidad de compartir su experiencia sobre la atención que recibe.  Fecha programada para la encuesta |
| El día de la encuesta: |
| 1. Seleccionaremos de forma aleatoria a un número reducido de residentes para participar en la encuesta. La participación es voluntaria. |
| 1. Si un miembro del equipo de encuestadores le invita a participar, primero le pedirán su consentimiento. |
| 1. La encuesta tomará entre 10 y 30 minutos. |
| 1. Su nombre no estará vinculado a sus respuestas. No se le informará sobre su participación a ningún miembro del personal de la residencia de adultos mayores ni del gobierno australiano. |
| 1. Podemos organizar la participación de un intérprete u otro tipo de apoyo. Un familiar o amigo puede acompañarle. |
| Hable con el personal de su residencia de adultos mayores o envíe un correo electrónico al equipo de encuestadores a [RES@acna.org.au](mailto:RES@acna.org.au). |
| Escanee el código QR o visite el sitio web: |
| www.health.gov.au/our-work/residents-experience-surveys |